วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2569

Journal of Health Science of Thailand
Vol. 35 No. 2, March - April 2026

บทความฟื้นวิชา **Review article**

การเปรียบเทียบและบูรณาการร่วมในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตของศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตก

ภิญโญ ศรีวีระชัย ว.บ. (เวชศาสตร์ประคับประคอง)*
ทัพพ์เทพ ทิพยเจริญธัม พท.ม. (แพทย์แผนไทยประยุกต์)**
อังคณา อภิชาตวรกิจ พท.ด. (แพทย์แผนไทยประยุกต์)**
ประวิทย์ อัครเสรีนนท์ ปร.ด. (เภสัชวิทยา)**

** ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*
*** สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*
ติดต่อผู้เขียน: ภิญโญ ศรีวีระชัย Email: toliberation@hotmail.com

วันรับ: 28 ส.ค. 2567
วันแก้ไข: 11 ธ.ค. 2568
วันตอบรับ: 19 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ เมื่อความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นกับทุกชีวิต การตายดีจึงเป็นความหวังของทุกคน วิธีการมากมายได้ถูกนำเสนอออกมา รวมถึงศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิต บทความนี้ต้องการเปรียบเทียบศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกในประเด็นที่สำคัญ คือ สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตและการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต และนำเสนอบทวิจารณ์ในเรื่องการวิเคราะห์และบูรณาการร่วมของศาสตร์การแพทย์ทั้ง 2 แขนง ในการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิตให้เปลี่ยนผ่านไปสู่การตายดี ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้ให้ความหมายของความตายไว้ว่า คือสภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากหัวใจหยุดเต้น น้ำดีหยุดทำงาน ลมหายใจเข้าออกหยุดลง และไฟอุ่นกายไม่ทำงานแล้วอย่างสมบูรณ์ สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตต้องอาศัยการซักถามจากผู้ป่วยเป็นหลัก การดูแลผู้ใกล้เสียชีวิตมีจุดประสงค์ที่สำคัญ คือการทำให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้อย่างสงบ ด้วยการใช้หลักของธรรมนามัย ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพรและการทำหัตถการ ในขณะที่ศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตก ได้ให้ความหมายของความตายไว้ว่าคือ การหยุดการทำงานของสมองอย่างถาวร โดยมีลักษณะของการปราศจากความรู้สึกตัวอย่างสมบูรณ์และไม่มีการปฏิกิริยาตอบสนองของก้านสมองใด ๆ สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตเป็นสิ่งที่ได้จากการตรวจหรือการสังเกตจากภายนอกเป็นหลัก การดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต มีจุดประสงค์ที่สำคัญคือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตที่ดี ด้วยการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ร่วมกับการใช้ยาและการสื่อสารโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งได้เป็น 2 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิตและการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต เมื่อบูรณาการร่วมศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตก จึงพบว่า ศาสตร์การแพทย์ทั้ง 2 แขนงสามารถช่วยลดข้อด้อยของกันและกันได้ในการวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต พร้อมทั้งนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้ดีในการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต เพราะต่างมีจุดประสงค์ในการทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตที่ดีและเสียชีวิตได้อย่างสงบเช่นเดียวกัน เพียงแต่แตกต่างกันในด้านของวิธีการดูแล

คำสำคัญ: **สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิต; การดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต; การแพทย์แผนไทย; การแพทย์แผนตะวันตก**

บทนำ

ปัจจุบัน ศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกเป็นศาสตร์หลักที่ถูกนำมาอ้างอิงและใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นการวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต (impending death diagnosis) หรือการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต (last-hours management) แต่การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกเพียงอย่างเดียว พบว่า มีข้อจำกัด เช่น ในเรื่องสัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิต จากการศึกษาพบว่าค่าความไวของสัญญาณเหล่านี้มีค่าค่อนข้างต่ำ[1] จึงทำให้เกิดการพลาดในการวินิจฉัยได้ง่าย หรือในบริบทของคนไทยในชนบท ซึ่งศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังคงถูกใช้กันแพร่หลายในการดูแลสุขภาพชีวิตประจำวัน[2] การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกเท่านั้น จึงอาจไม่ครอบคลุมในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ได้ทั้งหมด ดังนั้น การประยุกต์ใช้องค์ความรู้ของศาสตร์การแพทย์ในหลายแขนงมาประกอบกัน จึงน่าจะสามารถช่วยให้การวินิจฉัยและการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิตมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกในประเด็นที่สำคัญคือ สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตและการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต รวมถึงมีบทวิจารณ์ในเรื่องการวิเคราะห์และบูรณาการร่วมของศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกในการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิตให้เปลี่ยนผ่านไปสู่การตายดี

1. สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิต

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย

จากคัมภีร์มรณญาณสูตรกล่าวว่า เมื่อมนุษย์ใกล้เสียชีวิต จะมีสัญญาณบอกเหตุต่าง ๆ มีอาการและอาการแสดงทั้งทางร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น เรียกว่า นิมิตบอกเหตุ ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยหรือญาติเห็นดวงไฟเคลื่อนออกจากกาย แปลว่า อีก 3 วัน ผู้ป่วยจะเสียชีวิต หากเห็นดวงกลมสีขาวเคลื่อนออกจากกาย แปลว่า อีก 4 วัน ผู้ป่วยจะเสียชีวิต หรือหากเห็นดวงกลมสีเขียวหรือสีฟ้าไหลออกจากกาย แปลว่า อีก 5 วัน ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อมนุษย์ใกล้เสียชีวิต การรับรู้ทางอายตนะทั้งหมด คือ ตา หู จมูก ลิ้น กายสัมผัส และมโนวิญญาณ จะผิดปกติไปขึ้นอยู่กับกรรมหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกัน อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เป็นสัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตตามคัมภีร์มรณญาณสูตร[3] แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตตามคัมภีร์มรณญาณสูตร

สาระสำคัญ	กำหนดวันตาย
นิมิตหรือลางบอกเหตุทั่วไป	
- เห็นหญิงสาวรูปร่างหน้าตาสวยงามแหวกช่องหลังคาบ้านมาพูดคุยด้วย	
- เห็นผู้ชายหนุ่มสวมชุดสีแดงเข้มมาร้องเรียกแล้วแปลงกายเป็นผู้หญิงหายไป	
- ชัก ปลายมือปลายเท้าเกร็ง	
- ตรวจคลำชีพจรไม่ได้	
- ร้อนตามร่างกาย หอบ ขนชัน เหงื่อออก แต่น้ำลายและฟันเหนียว	
- ไอมาก ลิ้นแห้ง จาม ถอนหายใจเสียงดัง	2 วัน
- หาวและเรอพร้อมกัน	
- ในระหว่างการเดินทางเห็นคนถืออาวุธหรือมีคนมาทำร้าย	
- ในระหว่างการเดินทางเห็นสัตว์ร้าย เช่น งู เสือ หมี	
นิมิตหรือลางบอกเหตุเกี่ยวกับอวัยวะเพศและอารมณ์ทางเพศ	
- ผู้ชายมีอวัยวะเพศและลูกอัณฑะหดสั้นเข้า	
- ผู้หญิงมีอวัยวะเพศผึ่งผายออก	

ตารางที่ 1 สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตตามคัมภีร์มรณญาณสูตร (ต่อ)

สาระสำคัญ	กำหนดวันตาย
นิมิตหรือลางบอกเหตุเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ	
- อุจจาระเป็นสีเทาหรือดำและมีกลิ่นเหม็นเหมือนซากศพ	
- ปัสสาวะสีดำ	2 เดือน
นิมิตหรือลางบอกเหตุเกี่ยวกับเงา	
- เงาในยามเที่ยงแตกกระจัดกระจายไม่เป็นรูปร่างชัดเจนหรือเงาดูเลือนลาง	1 วัน
- ส่องกระจกแล้วภาพในกระจกดูบิดเบี้ยว ไม่เป็นปกติ	
- เห็นเงาในน้ำและเงาจากดวงอาทิตย์ผิดปกติ	
นิมิตหรือลางบอกเหตุเกี่ยวกับธาตุแตกหรือพิการ	
o ธาตุไฟ	
- เห็นแสงระยับสีเหลืองหรือแดง เป็นเหลี่ยมหรือกลมกลิ้งออกไปจากกาย	3 วัน
- เห็นผู้หญิงถือคบไฟออกไปทางหน้าต่าง	
o ธาตุลม	
- เห็นดวงกลมสีขาวกลมกลิ้งออกไปจากกาย	4 วัน
o ธาตุน้ำ	
- เห็นลูกกลมสีม่วงคล้ายผลผักปลังกลิ้งออกไปจากกาย	5 วัน
- เห็นดวงกลมคล้ายดวงจันทร์กลิ้งออกจากกาย	
- มีเหงื่อออกโทรมกายโดยไม่ทราบสาเหตุ	
o ธาตุดิน	
- เห็นลูกกลม 3 ลูกกลิ้งไปเหมือนสายน้ำออกจากกาย	5 วัน
นิมิตหรือลางบอกเหตุเกี่ยวกับอายตนะทั้ง 6	
o ตา	
- ปิดตาทีละข้างแล้วมองไม่เห็น	
- เปิดตาสองข้างให้มองนิ้วมือที่ห่างคิ้ว แต่มองเห็นนิ้วมือขาดจากกัน	
- ดวงตาแข็ง มองไม่เห็น เอายาที่แสบร้อนทาตาก็ไม่มีน้ำตาไหล	
o หู	
- หูไม่ได้ยินเสียง	
- หูแข็งและหดสั้น	
o จมูก	
- จมูกไม่ได้กลิ่น ทั้งกลิ่นหอมและเหม็น	
- เคยมองเห็นจมูกตนเองแต่กลับมองไม่เห็น	
o ลิ้น	
- ลิ้นสั้นพูดไม่ชัด	
- ลิ้นไม่รู้รส	2 สัปดาห์
o กาย	
- ร่างกายไม่รับรู้เมื่อสัมผัสความร้อนและความเย็น	
o ใจ/อารมณ์/อุปนิสัย	
- เดิมเคยชอบเด็ก แต่กลับเมินไม่ชอบเด็ก แม้เห็นก็เกลียด	
- เดิมเป็นคนปากร้าย แต่กลับกลายเป็นคนปากหวาน	
- เดิมเบื่ออาหาร แต่กลับเปลี่ยนเป็นกินอาหารได้จำนวนมาก	

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้มีการกล่าวถึงปรากฏการณ์ที่ผู้ใกล้เสียชีวิตมีอาการดีขึ้นอย่างผิดหูผิดตาไว้ว่าสามารถพบได้ แต่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกของการเกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวได้อย่างละเอียด เป็นไปได้ว่าเมื่อชีวิตประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 และวิญญาณธาตุที่มาปฏิสนธิกัน ทั้งกายและจิตต่างมีพลังงานเป็นของตนเอง เมื่อกายอ่อนล้าในช่วงใกล้เสียชีวิตแต่จิตยังคงเข้มแข็งและมีพลังอยู่ จึงสามารถส่งผลให้กายมีอาการดีขึ้นได้ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางที่เรียกว่า “จิตกำกับกาย” ตามที่มีการกล่าวไว้ในคัมภีร์[4]

ศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตก

แม้ว่าสัญญาณชีพ (vital signs) ซึ่งได้แก่ อุณหภูมิกาย ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต จะเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตโดยตรง แต่จากการศึกษาพบว่าการแปรปรวนของสัญญาณชีพดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะใกล้จะเสียชีวิตทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง[5] และไม่ใช่มะเร็ง[6] แต่จากการศึกษาติดตามกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอย่างใกล้ชิด มีรายงานถึงสัญญาณต่าง ๆ ที่ปรากฏขึ้นในช่วงใกล้เสียชีวิต ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม[7] คือ

1) สัญญาณในระยะแรก (early signs of impending death) เป็นสัญญาณที่พบก่อนการเสียชีวิตประมาณ 1 สัปดาห์ มีค่าความไวที่สูง แต่ค่าความจำเพาะที่ต่ำ (specificity < 90%) สัญญาณเหล่านี้ ได้แก่

- ความรู้สึกตัวที่ลดลง (decreased level of consciousness)
- กลืนน้ำได้ลำบาก (dysphagia of liquids)
- Palliative performance scale (PPS) ≤20% (การประเมิน PPS แสดงในตารางที่ 2)

2) สัญญาณในระยะหลัง (late signs of impending death) เป็นสัญญาณที่พบก่อนการเสียชีวิตประมาณ 3 วัน

ตารางที่ 2 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก[8]

PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100%	ปกติ	ปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	ปกติ	ปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	ปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	ลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคมาก	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้าน มีอาการของโรคมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
50%	นั่ง/นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องช่วยเหลือบางอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วง +/-สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วง +/-สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วง +/-สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานไม่ได้	ง่วงหรือไม่รู้สึกตัว +/-สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ: PPS = palliative performance scale

โดยมีค่าความไวที่ต่ำ แต่ค่าความจำเพาะที่สูง (specificity >95%) สัญญาณเหล่านี้ ได้แก่

- ตอบสนองต่อการเรียกลดลง (decreased response to verbal stimuli)
- ตอบสนองต่อการมองเห็นลดลง (decreased response to visual stimuli)
- ไม่สามารถปิดเปลือกตาได้ (inability to close eyelids)
- รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง (non-reactive pupils)
- ร่องแก้มลึกลงไป (drooping of nasolabial fold)
- คอแหงนผิดปกติ (hyperextension of neck)
- เสียงการหายใจคล้ายมีเสมหะในลำคอ (death rattle)
- สายเสียงหดเกร็ง (grunting of vocal cords)
- การหายใจร่วมกับการขยับของขากรรไกรล่าง (respiration with mandibular movement)
- คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้ (pulseless of radial artery)
- ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ (peripheral cyanosis)
- การหายใจแบบ Cheyne-Stokes
- การหายใจแบบ Periodic apnea
- ปริมาณปัสสาวะลดลงน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 12 ชั่วโมง (decreased urine output)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ใกล้เสียชีวิต (dying process) ยังไม่เป็นที่เข้าใจมากนัก นักวิทยาศาสตร์พบว่า ระดับของสารซีโรโทนิน (serotonin) ในกระแสเลือดของผู้ใกล้เสียชีวิตบางคนเพิ่มสูงขึ้นถึง 3 เท่า ซึ่งเชื่อว่าส่งผลดีต่อการตายเพราะช่วยทำให้สมองเกิดสภาวะทางอารมณ์ที่คงที่[9] นอกจากนี้ยังพบว่า ในสมองของที่ผู้ใกล้เสียชีวิตบางคนจะมีคลื่นแกมมา (gamma wave) เกิดขึ้นในส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะส่วนที่อยู่ระหว่างสมองกลีบขมับ (temporal lobe) กลีบข้าง (parietal lobe) และกลีบท้ายทอย (occipital lobe) ซึ่งสมองส่วนดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการฝัน ประสาทหลอน และการรู้สึกตัว จึงเป็นไปได้ว่าอาจสามารถทำให้ผู้ใกล้เสียชีวิตเกิดประสบการณ์ที่เรียกว่า end-of-life experience หรือ near death experience ขึ้น

ประสบการณ์ในช่วงใกล้เสียชีวิตนี้ มีรายงานจากทั่วโลก เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกวัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ เชื้อชาติ อายุ เพศ สภาพสังคม และระดับการศึกษา โดยพบอุบัติการณ์ในกลุ่มประชากรทั่วไปที่ร้อยละ 4-9 และพบในกลุ่มผู้ป่วยหนักร้อยละ 23[10] ประสบการณ์ในช่วงใกล้เสียชีวิต ได้แก่ การพบหรือฝันเห็นผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมาหาที่ข้างเตียง (deathbed vision) การรู้สึกตัวหรือกลับมาดีขึ้นอย่างเหนือความคาดหมาย (terminal lucidity) ความรู้สึกว่าหลุดออกไปร่างกายของตน (detachment from the body) การได้เห็นเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตอีกครั้ง (life review) การเห็นแสง (the presence of a light) หรือความรู้สึกแห่งการศิโรราบ (total serenity) เป็นต้น

2. การดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย

จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต คือการทำให้ผู้นั้นสามารถเสียชีวิตได้อย่างสงบ โดยการควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาที่เหลือ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดความไม่สุขสบายต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ เช่น การใช้ยาสมุนไพรเพื่อช่วยขับลม การทำหัตถการ ไม่ว่าจะเป็นการนวดหรือการประคบเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยของร่างกาย และถ้าเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อนด้วยตัวเอง นอกจากจะช่วยให้เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย ซึ่งเป็นจุดประสงค์ของการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิตด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ ยังมีคำแนะนำในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยสำหรับบุคคล

ทั่วไปรวมถึงผู้ใกล้เสียชีวิต โดยยึดหลักตามธรรมนามัย 3 ประการ คือ

1) กายานามัย หมายถึง การบริหารร่างกายให้เกิดการเคลื่อนไหว เป็นการกระตุ้นเลือดลมให้ไหลเวียน เช่น การขยับร่างกายในรูปแบบต่าง ๆ ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถขยับได้เอง การช่วยจับร่างกายของผู้ป่วยให้เกิดการเคลื่อนไหว พบว่าก่อให้เกิดประโยชน์ได้เช่นเดียวกัน

2) จิตตานามัย หมายถึง การดูแลสุขภาวะทางจิตใจตามความเชื่อและความศรัทธา เช่น การสวดมนต์ การทำบุญให้ทาน การรักษาศีล การอธิษฐานจิต การอุทิศบุญกุศล การให้อภัยทาน หรือการอโหสิกรรม เป็นต้น

3) ชีวิตตานามัย หมายถึง การบริหารชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่ดีตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น การรักษาสุขอนามัย การกินอาหารสมุนไพร การไม่เสพสิ่งที่เป็นโทษแก่ร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

ศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตก

การตายดีในมุมมองของศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตก หมายถึง การที่ผู้ใกล้เสียชีวิตสามารถใช้ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตได้อย่างดี ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล[11] องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) และการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิตไว้ว่า สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 มิติ[12] โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) มิติทางด้านร่างกาย การดูแลหลักในด้านนี้คือ การบรรเทาอาการทรมานต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสุขสบายของร่างกายตามมา จากการศึกษาพบว่า ในช่วงใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยมักมีอาการบางอย่างที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย ผอม ง่วงซึม และหอบเหนื่อย[13] การบำบัดความทุกข์เหล่านี้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยวิธีการที่ถูกนำมาใช้บ่อยที่สุดคือ การให้ยา เช่น การใช้ออกซิเจน การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ในการบรรเทาอาการปวดและเหนื่อย การใช้ยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ในการช่วยให้นอนหลับ เป็นต้น

2) มิติทางด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยในกลุ่มมะเร็งมีความทุกข์ทางด้านจิตใจ (psychological distress) ร่วมด้วย[14] การดูแลในขั้นแรก มีความจำเป็นที่ต้องแยกโรคทางจิตเวชออกจากอารมณ์ตามปกติที่เกิดขึ้น (normal mood reaction) ในช่วงที่ใกล้เสียชีวิต เพราะมีการดูแลที่แตกต่างกัน แม้ว่าความซึมเศร้าจะเป็นปฏิกิริยาของอารมณ์ตามปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงนี้ แต่ยังควรต้องรีบรักษา เพราะความซึมเศร้าสามารถส่งผลให้เกิดความทุกข์อื่น ๆ ตามมาได้อีก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นอุปสรรคของการตายดีทั้งสิ้น

3) มิติทางด้านสังคม หมายรวมถึงทั้งบุคคลและเรื่องราวต่าง ๆ ที่อยู่แวดล้อมทั้งหมด สิ่งทั้งหลายเหล่านี้แม้ว่าจะไม่ใช่ตัวของผู้ป่วยเอง แต่มีผลกระทบต่อความสงบและคุณภาพของการเสียชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้ การดูแลมิติทางด้านสังคมสามารถทำได้โดยการประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เล่าถึงความรู้สึกต่าง ๆ ของตนต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ และให้ครอบครัวได้สื่อสารถึงสิ่งที่ต้องการหรือเป็นทุกข์ เพื่อหาทางออกร่วมกันต่อไป

4) มิติทางด้านจิตวิญญาณ ความสำคัญของมิตินี้คือการทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งความสุขในการมีชีวิตอยู่และยอมรับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตได้ โดยทั่วไปมิติทางด้านจิตวิญญาณนี้หมายถึง การทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องราวของชีวิต เช่น ความหมายของการมีชีวิต จุดประสงค์ในชีวิต ความหมายของความทรมาน หรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องความตาย[15] การดูแลมิติทางด้านจิตวิญญาณ มักเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจในตัวตนที่แท้จริงของผู้ป่วยก่อนแล้วจึงทำการประเมินต่อไป และถ้าพบว่ามีความทุกข์ทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual distress) จึงทำการช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ ต่อไป

3. วิเคราะห์และบูรณาการร่วมของศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกในการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิตให้เปลี่ยนผ่านไปสู่การตายดี

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบศาสตร์การแพทย์แผน-

ไทยและการแพทย์แผนตะวันตกพบว่า ศาสตร์ทั้ง 2 แขนง มีวัตถุประสงค์เดียวกันและมีความสอดคล้องกันเกี่ยวกับการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้เสียชีวิต รวมถึงการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต เพื่อให้สามารถเตรียมพร้อมไปสู่การตายดี โดยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอิงทางวัฒนธรรมหรือประเพณีวิถีไทยที่สืบทอดกันมาแต่โบราณเป็นหลัก ในขณะที่ศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกอาศัยองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (end-of-life care) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ขั้นตอนหลัก คือ การวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต (impending death diagnosis) และการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต (last-hours management)

1) การวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต

ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต แพทย์ส่วนใหญ่จึงวินิจฉัยจากความรู้สึกหรือประสบการณ์ส่วนตัว แม้ว่าจะมีข้อมูลจากงานวิจัยที่ใช้อ้างอิงกันอย่างแพร่หลายจากศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกที่รายงานเกี่ยวกับสัญญาณที่เกิดขึ้นของผู้ใกล้เสียชีวิต ซึ่งมีค่าความจำเพาะที่สูง แต่กลับพบว่าสัญญาณเหล่านี้มีค่าความไวในการวินิจฉัยที่ค่อนข้างต่ำ จึงทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยได้ง่าย ดังนั้นการประยุกต์องค์ความรู้จากคัมภีร์ทางด้านศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้ามาใช้ร่วมด้วย จึงน่าจะสามารถให้การวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิตได้แม่นยำมากขึ้น

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าสัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตทางศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกนั้น เป็นสิ่งที่ได้จากการตรวจหรือการสังเกตจากภายนอกทั้งหมด ไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกตัวที่ลดลง การตอบสนองต่อการเรียกและการมองเห็นที่ลดลง การไม่สามารถปิดเปลือกตาได้ หรือรูม่านตาที่ ไม่ตอบสนองต่อแสง เป็นต้น ในขณะที่สัญญาณของผู้ใกล้เสียชีวิตทางศาสตร์การแพทย์แผนไทย ต้องอาศัยการซักถามจากผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น การเห็นลูกกลมไม่ว่าจะเห็น 3 ลูก ลูกกลมสีม่วง ลูกกลมสีขาว หรือเห็นแสงระยับสีเหลือง หรือแดง เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบว่า มีสัญญาณที่คล้ายคลึงกันทั้งทางศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกในผู้ที่ใกล้เสียชีวิต คือ ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ซึ่งได้แก่ การมีเสมหะในลำคอ ไอมาก จาม และการถอนหายใจเสียงดัง ส่วนอีก 2 อาการ คือ ความรู้สึกตัวที่ลดลงและการคลำชีพจรไม่ได้ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้รายงานไว้เช่นกัน แต่ไม่ได้กล่าวถึงระยะเวลาที่เหลืออยู่อย่างชัดเจน

2) การดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต

ทั้งศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกนั้น ต่างมีวัตถุประสงค์ในการจัดการดูแลภาวะใกล้เสียชีวิตที่เหมือนกัน คือการทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตที่ดีและเสียชีวิตได้อย่างสงบ แต่แตกต่างกันในด้านการจัดการ เมื่อนำมาบูรณาการร่วมกันจึงได้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต ดังนี้

2.1) มิติทางด้านร่างกาย ประเด็นหลักของมิตินี้ คือ การบรรเทาอาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายกายในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสามารถใช้ยาและวิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกที่ได้รับการพิสูจน์และเป็นที่ยอมรับว่าสามารถจัดการอาการนั้นได้ เช่น การให้ออกซิเจน ในผู้ป่วยที่มีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำเพื่อลดอาการเหนื่อย หรือการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อบรรเทาอาการปวด ร่วมกับการใช้ยาของศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการร่วมบำบัดอาการเดียวกัน นอกจากนี้ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังมีหลักการของกายานามัย กล่าวคือ การบริหารให้ร่างกายเคลื่อนไหวเพื่อให้เลือดลมไหลเวียน หรือการทำหัตถการ ทำให้ผู้ป่วยต้องการยาลดลง จึงเป็นข้อดีในผู้ใกล้เสียชีวิตที่มีการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอย เพื่อลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยา และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากจนการใช้ยาหรือการทำหัตถการไม่สามารถบรรเทาอาการให้ดีขึ้นได้แล้ว การให้ยาเพื่อลดความรู้สึกตัวซึ่งเป็นวิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกจะถูกนำมา

พิจารณาเป็นวิธีสุดท้ายเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.2) มิติทางด้านจิตใจ ประเด็นหลักของมิตินี้ คือ การดูแลความทุกข์ทางด้านจิตใจ การดูแลในขั้นแรกจำเป็นต้องแยกโรคทางจิตเวชออกให้ได้ก่อน เช่น โรคซึมเศร้าหรือภาวะการปรับตัวผิดปกติ เพราะถ้าเป็นโรคในกลุ่มดังกล่าว การรักษาหลักจะเป็นการใช้ยาทางจิตเวชร่วมกับการทำจิตบำบัด แต่ส่วนใหญ่ของผู้ใกล้เสียชีวิตมักมีความทุกข์ทางด้านจิตใจซึ่งเกิดจากอารมณ์ต่าง ๆ ที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยและภาวะใกล้เสียชีวิต เช่น ความรู้สึกเศร้า กังวล กลัว หรือท้อแท้ วิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกจึงทำได้ตั้งแต่การพูดคุย การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา จนไปถึงการทำจิตบำบัด ในขณะที่ศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีวิธีการของจิตตานามัย ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพของจิตใจตามความเชื่อและความศรัทธาที่สามารถนำมาใช้ประกอบในการดูแลผู้ป่วยไปด้วยกัน เช่น การสวดมนต์ การทำบุญให้ทาน การรักษาศีล การอธิษฐานจิต การอุทิศบุญกุศล การให้อภัยทาน หรือการอโหสิกรรม นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสสื่อสารกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการร่ำลา ขอบคุณ บอกรัก ขอโทษ หรือบอกสิ่งที่ยังค้างคา เพื่อไม่ให้เกิดความติดค้างในใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

2.3) มิติทางด้านสังคม ประเด็นหลักของมิตินี้ คือ การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งจะกลายเป็นผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักต่อไป เพื่อไม่ให้เกิดภาวะความโศกเศร้าหลังการสูญเสียที่รุนแรง วิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกทำได้โดยการประเมินความทุกข์ของผู้ดูแลและครอบครัวผ่านเครื่องมือต่าง ๆ ซึ่งมักต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาช่วยเหลือ เช่น พยาบาล นักดนตรีบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนจิตอาสาในชุมชน ในขณะที่ศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้ให้ความสำคัญของมิตินี้ผ่านการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อนด้วยตัวเอง เพื่อเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันในครอบครัว

2.4) มิติทางด้านจิตวิญญาณ ประเด็นหลักของมิตินี้ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งความสุขในการมีชีวิตอยู่ การยอมรับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตได้ และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ของชีวิต เช่น ความหมายของการมีชีวิต จุดประสงค์ในชีวิต หรือความหมายของความตาย เป็นต้น ผู้ใกล้เสียชีวิตมักมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว นำมาซึ่งความรู้สึกไร้ค่าหรือไม่มีความหมาย วิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกทำได้โดยการยอมรับในความเชื่อที่ผู้ป่วยมีและตัวตนที่ผู้ป่วยเป็น จากนั้นจึงทำความเข้าใจและใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การนัดประชุมครอบครัว (family meeting) เพื่อเปิดโอกาสให้ถามในความรู้สึกที่ติดค้างและไม่เข้าใจกัน หรือการบำบัดในแบบ logotherapy และ dignity therapy เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนเรื่องราวในชีวิตอีกครั้งและเหนี่ยวนำให้รู้สึกถึงคุณค่าในการมีชีวิตต่อไป ซึ่งตรงกับวิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนไทยเช่นกัน ในเรื่องจิตตานามัยและชีวิตตานามัย ที่กล่าวถึงการดูแลจิตใจตามความเชื่อและความศรัทธา เพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังมีการประยุกต์เข้ากับทางพระพุทธศาสนาในการช่วยกำหนดสภาพจิตให้เกิดความสงบก่อนการเสียชีวิตอีกด้วย

สรุป

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกต่างให้ความสำคัญในการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต โดยมีจุดประสงค์เดียวกัน คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตที่ดีและเสียชีวิตได้อย่างสงบ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิตโดยใช้สัญญาณซึ่งต้องอาศัยการซักถามจากผู้ป่วยเป็นหลัก ในขณะที่ศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกใช้สัญญาณจากการตรวจหรือการสังเกตจากภายนอกเป็นหลัก ศาสตร์การแพทย์ทั้ง 2 แขนงสามารถช่วยลดข้อด้อยของกันและกันได้ในการวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต พร้อมทั้งนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้ดีในการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต เพราะต่างมีเป้าหมายในการดูแลที่ตรงกัน เพียงแต่แตกต่างกันในด้านของวิธีการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. Hui D. Clinical signs of impending death in cancer patients. Oncologist 2014;19:681–7.
2. Disayavanish C, Disayavanish P. Introduction of the treatment method of Thai traditional medicine: its validity and future perspectives. Psychiatry Clin Neurosci 1998;52:334–7.
3. Mahachulalongkornrajavidyalaya University. Tipitaka (Mahachulalongkornrajavidyalaya Edition). Vol. 20: Maranañana Sutta. Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University Press; 1996.
4. Ministry of Public Health, Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. The textbook of thai traditional medicine: theoretical principles. Bangkok: Ministry of Public Health; 2002.
5. Bruera S, Chisholm G, Dos Santos R, Crovador C, Hui D, Dalal S, et al. Variations in vital signs in the last days of life in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2014;48(4):510–7.
6. Hosoi T, Ozone S, Hamano J, Maeno T, Maeno T. Variations in vital signs at the end of life in non-cancer patients: a retrospective study. Ann Palliat Med 2020; 9(5):2678–83.
7. Hui D, Con A, Christie G, Hawley PH. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective longitudinal cohort study. Cancer 2015;121(6):960–7.
8. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Sawangchareon K, Kongscen P, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliat Med 2012;26(8):1034–41.
9. Wutzler A, Mavrogiorgou P, Winter C, Juckel G. Elevation of brain serotonin during dying. Neurosci Lett 2011;498(1):20–1.
10. Cant R, Cooper S, Chung C, O'Connor M. The divided self: near death experiences of resuscitated patients — a review of literature. Int Emerg Nurs 2012;20(2):88–93.
11. Campbell SM. Well-being and the good death. Ethical Theory Moral Pract 2020;23(3–4):607–23.
12. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
13. Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Earle C, Liu Y, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. J Clin Oncol 2011;29:1151–8.
14. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, McCarthy Lepore J, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. Qual Life Res 1994;3:183–9.
15. Wendleton DH, Johnson TA, Katz RS. Caregiving of the soul: spirituality at the end of life. In: Katz RS, Johnson TA, editors. When professionals weep: emotional and countertransference responses in palliative and end-of-life care. New York: Routledge; 2006. p. 27–38.

Comparative Study and Integrative Approach in End-of-Life Care: Thai Traditional Medicine versus Western Medicine

Pinyo Sriveerachai, D.T.B. (Palliative Medicine)*; Thapthep Thippayacharoentam, M.App.TTM (Thai Traditional Medicine); Angkana Apichartvorakit, D.App.TTM (Thai Traditional Medicine)**; Pravit Akarasereenont, Ph.D. (Pharmacology)****

** Siriraj Palliative Care Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University;*

*** Center of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(2):379-88.

Corresponding author: Pinyo Sriveerachai, Email: toliberation@hotmail.com

Abstract: Death, being an inevitable aspect of life, is envisaged as a hopeful transition for all individuals. Various methodologies have been proposed, including those from Thai traditional medicine (TTM) and Western medicine (WM), to maximize benefits in caring for terminally ill patients approaching the end of life. This article aims to review a comparative analysis of TTM and WM on key aspects, including indicators of impending death, and last-hours management; and to present a critique on an analysis and integrative approach of both medical paradigms in transitioning towards a good death. TTM defines death as the cessation of heartbeat, breathing, and body warmth, with signs of impending death primarily relying on patient-reported symptoms. The primary objective of last-hours management in TTM is to facilitate peaceful passing, utilizing principles of holistic health along with herbal remedies and therapeutic interventions. Conversely, WM conceptualizes death as permanent brain cessation, characterized by complete lack of sensory perception and brainstem reflexes, with indicators of impending death predominantly derived from medical assessments. The primary goal of last-hours management in WM is to optimize the patient's end-of-life experience, focusing on comprehensive care for both patients and families across all dimensions of humanity, coupled with pharmacological interventions and multidisciplinary communication. End-of-life care encompasses two stages: diagnosis of impending death and provision of last-hours management. Through the integration of TTM and WM approaches, it is evident that both medical paradigms can mitigate each other's limitations in diagnosing impending death and synergistically contribute to last-hours management. While they share the common goal of enabling patients to experience a dignified end-of-life journey and peaceful passing, they differ in their management approaches.

Keywords: **indicators of impending death; last-hours management; Thai traditional medicine; Western medicine**